



MAIS ALÉM DO AUTISMO: A psicose infantil e seu não lugar na atual nosografia psiquiátrica

Beyond the autism: The infantile psychosis and its no place in the current psychiatric classification

Leda Mariza Fischer Bernardino

Psicanalista, Pós-Doutora em Tratamento e Prevenção Psicológica pela Université Denis Diderot Paris 7, professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), membro fundadora da Associação Psicanalítica de Curitiba, analista membro da Association Lacanienne Internationale, membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, Curitiba, PR - Brasil, e-mail: ledber@terra.com.br

Resumo

Neste artigo discute-se a predominância do discurso científico da psiquiatria geral norte-americana e suas consequências para o estudo da psicopatologia infantil, principalmente no que se refere ao desaparecimento da categoria psicose infantil. Esse quadro clínico, segundo o discurso psicanalítico, apresenta diferenças importantes quanto ao autismo infantil e outros quadros descritos no DSM-IV, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento. Sua não diferenciação acabou produzindo um incremento significativo nos casos diagnosticados como de autismo infantil. Discutem-se os critérios econômicos e ideológicos que sustentam essa mudança de paradigma na psicopatologia infantil. Sustenta-se a posição psicanalítica de ir além da descrição sintomatológica e dar lugar às defesas e à consideração do sofrimento psíquico em questão.

Paravras-chave: Psicose infantil. Autismo. Psicopatologia. Psiquiatria infantil.

Abstract

This paper discusses the predominance of the North American general psychiatric scientific discourse and its consequences for the study of the infantile psychopathology, principally about the disappearing of the category infantile psychosis. This clinical presents, according to psychoanalytic discourse, important differences relating to infantile autism and the others categories described in the DSM-IV, in its diagnostic and in its treatment. The non difference between both diagnostics brings an increasing of the cases of infantile autism. This paper discusses the economical

and ideological criteria which stand up the changing of paradigm in the infantile psychopathology. It also defends the psychoanalytic position to go beyond the description of symptoms and to considerate the defenses and psychic suffering in this question.

Keywords: *Infantile psychosis. Autism. Psychopathology. Childhood psychiatry.*

INTRODUÇÃO

Uma discussão sobre a psicopatologia infantil abre muitas questões. Podemos começar analisando os significantes que aí se apresentam. De que “psico” se trata aí: aspectos psicológicos, psíquicos, referidos a que compreensão do psiquismo? Sabemos que, segundo a abordagem, apenas os aspectos cognitivos ou instrumentais estarão em jogo; ou o psíquico reduzir-se-á ao aspecto orgânico do aparelho mental; ou se tratará de um entendimento mais amplo, no qual o psíquico é concebido como um produto de uma construção que requer a articulação do orgânico com o simbólico.

De que “patos” se trata, quando referido à criança: qual é o sofrimento que está sendo considerado? Apenas o lado mórbido, que remete à ideia de doença, adquire relevo ou também o aspecto defensivo, implicado no uso de recursos próprios para encontrar uma saída possível? Trata-se de uma noção de excesso ou de falta que desestabiliza? A paixão contida no termo “patos”, enquanto gozo contido no sofrimento, também encontra expressão?

Como se espera que seja o “logos” aí, como vai se realizar esse estudo do psíquico e do patos, qual a teoria que serve de referência para o entendimento dos fenômenos considerados, qual a ideologia que fundamenta essa teoria? Sabemos que a cada época corresponde uma noção sobre o normal e o patológico, cada período tem sua visão sobre o que se desvia da norma. O pensamento científico não é neutro em relação ao movimento sócio-histórico cultural.

E o “infantil”, a que se refere? Ao conceito freudiano de infantil ou ao tempo cronológico da infância? Qual a noção de criança que está em vigor? Aqui já observamos a amplitude desse campo: inclui o desenvolvimento infantil, com um padrão esperado de habilidades neuropsicomotoras, as vicissitudes que marcam esse desenvolvimento, tanto em termos das crises necessárias para desequilibrar e mover o processo, quanto em termos dos fatores externos,

psicossociais, que vão intervir nessa evolução, a partir de um crescimento e de uma maturação previstas pela programação genética. Inclui também – e principalmente, no que nos interessa – um processo de estruturação, de formação de uma identidade, de uma personalidade, o “infantil” para Freud e a “estrutura” para Lacan, que resultam no sujeito psíquico. Além disso, esses dois aspectos anteriores se passam num contexto cultural que age sobre eles, ao determinar qual o lugar social atribuído à criança, conforme já desenvolvemos em outro trabalho (Bernardino, 2006).

Dentro desse campo extremamente complexo, que apresenta muitas nuances, pretende-se refletir sobre um fenômeno da atualidade: a presença de um manual que se propõe como uma classificação diagnóstica generalizável para todos os tempos e lugares, os denominados “transtornos mentais”: o DSM-IV (1995).

Uma das características mais marcantes desse manual, no que se refere à psicopatologia da infância, é o desaparecimento do termo psicose para nomear uma patologia que faz parte da clínica dos problemas graves da infância desde o início do estudo dos problemas mentais.

Esse trabalho pretende questionar os efeitos dessa exclusão, ao mesmo tempo em que problematiza a difícil questão do diagnóstico da psicose na infância e seus principais desdobramentos, no campo da terapêutica.

O “desaparecimento” da psicose infantil

A psicose infantil refere-se a um quadro clínico que não deixou de existir com a simples retirada do termo da nosografia atualmente tomada como referência globalizada. Continuamos encontrando em nossos consultórios crianças que têm extremas dificuldades de encontrar seu lugar, tanto em termos de identidade pessoal quanto de identidade social, crianças que não se apresentam como sujeitos de

sua própria história. É-lhes muito difícil ocupar de fato o lugar que lhes corresponderia de direito. Pois bem, o DSM-IV (1995, p. 65) confirma essa exclusão, não lhes dando mais representatividade nem em sua diferença clínica. Atualmente, se queremos nos referir em termos diagnósticos a elas, somos instados a usar a denominação geral dos “transtornos invasivos do desenvolvimento”. Sob essa rubrica são descritos os sintomas que se caracterizam “por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados”. Acrescenta-se a isso uma comparação com o nível de desenvolvimento ou idade. São habilidades e comportamentos que se desviam da norma, sem que haja qualquer referência ao lugar ocupado pela criança, à sua identidade ou personalidade.

Encontramos um parágrafo que enuncia: “embora termos como ‘psicose’ e ‘esquizofrenia da infância’ já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os transtornos invasivos do desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia”. Entretanto, nenhuma explicação é fornecida para tal opção terminológica. Postula-se uma diferença em relação à esquizofrenia; mas quanto à psicose, nada é mencionado. Há ainda um adendo, dizendo que o transtorno invasivo do desenvolvimento pode ocasionalmente evoluir para a esquizofrenia (DSM-IV, 1995, p. 66).

Dentro do quadro dos transtornos invasivos do desenvolvimento, encontramos descritas cinco categorias: o Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação. Pressupõe-se que essas categorias conteriam doravante as crianças que anteriormente eram diagnosticadas como psicóticas.

Quanto ao transtorno de Rett, não se entende bem porque um quadro tão específico e raro tenha merecido uma descrição como quadro clínico nesse conjunto. As últimas pesquisas genéticas, após a publicação desse manual, já permitem situar esse quadro como uma síndrome genética, o que já era bastante plausível, tendo em vista o caráter ligado ao sexo (atinge exclusivamente meninas) e a evolução degenerativa do quadro, principalmente devido ao “padrão característico de

desaceleração do crescimento craniano” (DSM-IV, 1995, p. 69).

Da mesma forma, causa estranhamento que dois quadros clínicos tão próximos como o autismo e a chamada Síndrome de Asperger tenham merecido cada qual o estatuto de quadro clínico isolado, quando compartilham dos principais sintomas, tais como a “preocupação total com um ou mais padrões estereotipados de interesse”. O diagnóstico diferencial centra-se na idade de aparecimento dos sintomas – na primeira infância para autismo e na segunda infância para Asperger – e na ausência, no segundo quadro clínico, de atraso no desenvolvimento da linguagem.

No Transtorno Desintegrativo há uma ênfase nas perdas sucessivas que a criança passa a apresentar em suas habilidades instrumentais (comunicação, psicomotricidade, socialização) e na organização das funções corporais, o que pode acontecer com a criança psicótica, em maior ou menor grau.

Em qual desses quadros poderíamos reconhecer o sofrimento próprio da psicose infantil? Teríamos que classificar todas essas crianças sob a rubrica dos “transtornos sem outra especificação”? Seria extremamente contraditório, tendo em vista o quanto esse quadro clínico já foi estudado, mapeado, teorizado, ou seja, não lhe faltam especificações. Certamente, vários sintomas que constituem as defesas que a criança põe em ação para lutar contra o perigo do aniquilamento que a ameaça constantemente, pela falta de identidade e de uma possibilidade simbólica de reconhecimento são descritos nesses quadros clínicos de um modo geral. Contudo, a organização dessas defesas em um encaminhamento estrutural não recebe um nome, não está mais contida em uma nosografia.

O que se depreende da classificação proposta no DSM-IV é que foram priorizados os quadros nos quais há um predomínio das questões cognitivas, em detrimento da questão da organização da personalidade. De fato, é bem verdade que os comportamentos cognitivos são observáveis, enquanto que a organização da personalidade requer uma dedução. Em outras palavras, há objetividade na presença de um cérebro e no exercício de funções cognitivas e habilidades instrumentais dele decorrentes. Já a questão da subjetividade, impossível de medir em termos químicos, genéticos ou de neuro-imagem, depende de um cálculo a partir de suas manifestações, depende de uma interpretação, depende de uma teoria para interpretar.

Kernberg, Weiner & Bardenstein (2003, p. 7) são autores que questionam o desaparecimento dos chamados “transtornos de personalidade em crianças e adolescentes” do DSM-IV, agrupando sob essa denominação transtornos que variam “do menor ao maior grau de gravidade, da organização da personalidade neurótica – passando pela borderline – até a personalidade psicótica”. Essa última refere-se aos chamados “transtornos da personalidade esquizotípica, paranoide e esquizoide”, descritos no DSM apenas no âmbito da psicopatologia do adulto.

Esses autores chamam a atenção para a questão da identidade, em jogo nesses quadros, que inegavelmente já se apresenta no tempo de infância. Mostram como os principais sintomas dos transtornos da personalidade referem-se a um diferencial, em relação ao autismo, Asperger ou Transtorno Desintegrativo, pois nos transtornos de personalidade “há uma ausência de ‘eu’ ou senso de ‘si mesmo’ como um agente” (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003, p. 232) – ou seja, referem-se ao critério da subjetividade. Na infância, há que se poder estabelecer se esse critério está presente ou não, mesmo que a maneira como esse se apresenta varie de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Embora tenham uma visão bastante adultomórfica da psicopatologia infantil, interessa-nos trazer ao debate os questionamentos que esses autores fazem à ausência da consideração de transtornos da personalidade na infância. Eles apontam a abordagem do DSM como não evolutiva, “uma vez que não considera o processo pelo qual, a cada fase do desenvolvimento, uma personalidade e uma identidade apropriadas à idade são formadas” (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003, p. 17). Enfatizam, contudo, que o manual, mesmo não as considerando, “tem implicações evolutivas evidentes”, na medida em que não se preocupa com a questão da prevenção ou da intervenção precoce.

Podemos localizar a principal problemática na maneira como se postula o diagnóstico. Ao generalizar sintomas, por sua sistematização e ampla divulgação, não há mais a preocupação com o que estaria acontecendo com a criança, seu meio e as problemáticas que os envolvem no longo processo de desenvolvimento sediado na infância. A listagem de sintomas – exterior e sem implicações com os personagens em questão – facilita o diagnóstico, que pode até ser proposto por pais e professores, por exemplo. Cada vez mais crianças podem ser diagnosticadas sob uma mesma denominação, já

que não há uma preocupação com uma coerência interna de raciocínio clínico, nem com o processo de formação do psiquismo e sua inter-relação com o mundo externo. Diagnosticar deixa de ser um problema clínico, torna-se a solução última: os pais sabem o que a criança tem, a escola dispõe de um nome para a situação-problema que enfrenta (diferente do aluno-padrão) e o psiquiatra ou o neurologista (estranhamente amalgamados na atualidade) podem optar pela saída medicamentosa, facilmente amparada pela indústria farmacêutica, que amplia o leque de ofertas indicadas para os sintomas mais comuns.

Contudo, qual o caminho pós-diagnóstico? A solução americana é a mais direta e consoante com essa lógica dita “científica”, com base estatística e econômica: é a prescrição do medicamento e do treinamento cognitivo e adaptativo, para tornar a criança o mais “funcional” possível, sob a ótica de uma irrecuperabilidade de fundo biologicista. É a solução tipo exportação que tem alcançado cada vez mais adeptos nas Américas e até na Europa.

Uma mudança de paradigma

Observamos nesse curto percurso uma ilustração do que Russo & Venâncio (2006, p. 460) apontam a partir do advento do DSM-III: “uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente”. Esses autores demonstram em seu estudo histórico/antropológico a ruptura absoluta representada por esse novo manual, em relação à classificação até então utilizada. Eles situam essa ruptura em três níveis: conceitual, ao romper com o ecletismo das versões anteriores e propor uma única lógica classificatória; de hegemonia dos saberes, ao romper com a abordagem psicanalítica até então dominante; e das representações sociais, ao forjar novas concepções sobre o normal e o patológico (Russo & Venâncio, 2006, p. 464-465). Ao se proclamar como a-teórico, como mostram esses mesmos autores, o DSM-III deixou de lado qualquer discussão sobre a etiologia, bem como abriu caminho para um retorno e uma ascensão da psiquiatria biológica. Ao dar preferência aos estudos epidemiológicos e aos dados estatísticos, para atingir a objetividade das outras áreas da medicina, priorizou a pesquisa experimental, de ótima serventia tanto para a indústria farmacêutica quanto para as empresas de seguro na área da saúde. Como concluem esses autores,

a visão predominantemente biológica que fundamenta a nova nomenclatura articula-se à hegemonia do tratamento farmacológico que, presente desde pelo menos o fim dos anos 1950 no campo da psiquiatria, tem se firmado como a terapêutica por excelência dos distúrbios mentais (Russo & Venâncio, 2006, p. 474-475).

Essa visão do DSM, iniciada na versão III, sob o pretexto de “normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, sempre alvo de críticas por sua baixa confiabilidade” (Russo & Venâncio, 2006, p. 464-465), acabou tendo como efeito a “globalização da psiquiatria norte-americana”.

Um exemplo dessa globalização pode ser encontrado na França, com a publicação, em 2003, do relatório de uma junta de especialistas do Instituto Nacional Francês de Pesquisa Médica (INSERM, 2005), que emitiu um “parecer coletivo”, no qual encontramos os parâmetros do DSM-IV seguidos ao pé da letra. Vale ressaltar que esse parecer foi encomendado pela Caixa Nacional de Seguro de Saúde dos Trabalhadores Independentes (Canam), ou seja, sua motivação última foi econômica. O documento logo no início declara: “pela primeira vez na França, um documento agrupa o conjunto dos dados científicos e médicos existentes sobre os distúrbios mentais da criança e do adolescente” (INSERM, 2005, p. 395). Essa afirmação desqualifica todo o conjunto de publicações e pesquisas francesas no campo da psicopatologia infantil, fortemente marcada pela abordagem psicanalítica. Esse parecer subscreve as ideias do DSM-IV quanto aos “transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência”, é fortemente marcado por dados estatísticos e epidemiológicos, pregando ao fim uma formação médica que siga essa mesma linha e concluindo com uma ênfase na necessidade de pesquisas sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais: “o trabalho dos pesquisadores poderia ser facilitado pela coordenação dos trabalhos sobre o imageamento cerebral e a criação de bancos de dados de imagens cerebrais” e na importância da “emergência de novos modelos animais” (INSERM, 2005, p. 405) para a compreensão da patologia mental!

Três dos pesquisadores que figuravam nesse grupo de especialistas franceses, psicanalistas com ampla experiência e publicações respeitadas na área da psiquiatria infantil, Bursztein, Golse & Houzel (2005, p. 393-394), recusaram-se a assinar

o documento final e publicaram suas restrições. Segundo eles, o documento “lhes pareceu, assim como o conjunto dos trabalhos do grupo, parcial, redutor e até perigosamente enganador para o grupo de leitores muito amplo ao qual estava destinado”. Eles justificaram sua posição afirmando não quererem “subscrever à fascinação do quantitativo, às conclusões epidemiológicas superficiais e às interpretações apressadas, em termos de causalidade linear deste ou daquele resultado da imagem cerebral, ou deste ou daquele dado paraclínico retirado de seu contexto”.

Quais podem ser as consequências de todo esse movimento, que, como procuramos demonstrar no percurso que traçamos, está fortemente ancorado em motivações econômicas, políticas e ideológicas, para a psicopatologia da infância, no que se refere aos quadros mais graves?

Bursztein, Golse & Houzel (2005, p. 394) alertam para “os perigos que ameaçam atualmente a psiquiatria infantil, cuja dimensão clínica e relacional se vê regularmente relegada em benefício de uma pseudomodernidade que busca a objetividade, transmitida com muito barulho pela mídia junto ao público”. Eles sustentam uma posição de base psicanalítica: “é a psicopatologia e a consideração da subjetividade e da singularidade de cada história que formam o essencial da abordagem de todos os clínicos dignos desse nome”.

A clínica dos problemas psíquicos graves da infância hoje

Tracemos um perfil dos clínicos atuais que recebem crianças com graves dificuldades do ponto de vista psíquico. Por um lado, observamos aqueles cada vez mais relutantes em formular um diagnóstico claro do que acomete a criança. Por outro, clínicos dos mais variados – psiquiatras, neurologistas, mas também pediatras – reconhecem sinais de autismo ou de Asperger em um número cada vez maior de crianças, como base para um tratamento medicamentoso e indicação de um treinamento cognitivo específico.

Podemos questionar tanto os efeitos da prescrição medicamentosa nesse momento em que há um processo maturativo do aparelho psíquico em curso, quanto os efeitos da postura do clínico e das instituições, quando se propõem a “treinar” uma criança de quem, pretensamente,

por razões ditas orgânicas, nada mais se espera a não ser uma resposta passiva de submissão às técnicas adaptativas.

Do ponto de vista teórico, parece-nos que o principal ponto a destacar é o retorno à redução da noção de “psiquismo” ao funcionamento cerebral, como se o sistema nervoso central fosse o responsável único pelos aspectos psíquicos do indivíduo humano. Ora, sabemos que esse sistema constitui tão somente a superfície material receptiva aos registros das experiências internas e externas que vão pouco a pouco se organizando para constituir um mundo interno e uma realidade externa. Freud destacou o papel das palavras e dos traços mnêmicos nessa construção e Lacan (1953) permitiu uma maior compreensão da noção de subjetividade através de sua hipótese do inconsciente como o discurso do Outro.

A psicanálise permite uma compreensão do ser humano como habitante da linguagem, que tem nas palavras a essência de sua diferença em relação às outras espécies animais. Portanto, nenhuma etologia seria suficiente para dar conta do elemento humano, que não é regulado apenas pela genética, mas pelos fatores simbólicos. Sendo assim, conceber o psiquismo pressupõe um além dos aspectos cognitivos, decorrentes de uma mecânica cerebral. Para que sejam funcionais, os aspectos cognitivos necessitam de um elemento organizador, que nada mais é do que a subjetividade.

Uma psicopatologia que não se ocupa dos sujeitos em sua condição de singularidade e de desejo passa ao largo da essência humana. Ao mesmo tempo, corre-se o risco de desenvolver uma visão simplista do acontecer psicopatológico, na medida em que esse só pode ser entendido dentro de um contexto e intrinsecamente ligado ao próprio surgimento do sujeito. Dessa forma, a psicopatologia refere-se ao mal-estar decorrente da condição estrutural dos humanos, que possuem um corpo mas devem habitar um mundo de linguagem; não são regulados pela natureza, mas pela cultura; não têm instintos nem imprintings que assegurem sua sobrevivência, devem combater o desamparo submetendo-se a uma dependência primordial de um Outro, entrando no campo do desejo e do amor, sob a égide do mal-entendido do significante.

A posição psicanalítica na qual nos baseamos auxilia-nos a ter uma posição diferenciada quanto ao debate sobre o diagnóstico na infância: há uma importância crucial na detecção do risco de

estruturação psicótica, porque permite a indicação de tratamento, cuja precocidade é extremamente relevante para os efeitos psíquicos esperados, bem como para o conjunto do desenvolvimento da criança. Nesse tratamento é necessário imprimir uma direção diferente daquela indicada para os casos de neurose na infância. Da mesma forma, é de extrema importância poder diferenciar a psicose do autismo, para a direção terapêutica que será proposta, ancorada na relação transferencial e seus efeitos.

Sendo assim, parece-nos que o diagnóstico de psicose deve ser formulado quando se trata de uma fragilidade no processo de estruturação subjetiva que pode desencadear defesas de tipo psicótico; quando justamente não se trata de uma questão perceptiva ou cognitiva como central; quando a relação com o Outro não tem essa recusa tão radical quanto no campo do autismo. Mas esse diagnóstico deve ser colocado como uma possibilidade de vir a se estabelecer e não como já estabelecido. Fica indicado o risco de a estrutura evoluir na direção da psicose se não houver uma intervenção apropriada, mas fica aberta a possibilidade de evolução para um outro direcionamento estrutural. Nesse âmbito, o tipo de tratamento que a criança receberá tem papel fundamental, bem como a abertura e o aval dos pais diante deste adquire especial relevo. Trata-se, antes de mais nada, de propor um lugar de sujeito para essa criança e de acompanhá-la nos caminhos que tomará para dar conta dessa antecipação, dessa aposta na sua subjetividade.

A construção do psiquismo para a psicanálise

Para a abordagem psicanalítica, a constituição do sujeito depende do lugar que a criança vai ocupar no interior de uma estrutura que é preexistente e determinante de uma posição. Não basta nascer com um corpo humano, é necessário ser esperado e antecipado em um lugar simbólico determinado, dentro da estrutura familiar. Tampouco estamos nos referindo a uma psicogênese das psicoses, mas a uma determinação simbólica, tal qual Lacan a define, a partir do conceito de sobredeterminação em Freud, em Proposição sobre a causalidade psíquica (Lacan, 1946): são fatores puramente significantes, em sua combinatória, que definem previamente um lugar dentro da estrutura. A história de um povo, de uma

família, através de gerações, numa ligação estreita com os fenômenos da linguagem e da cultura, os casos que aí incidem, propiciam combinatórias significantes que extrapolam os personagens da família nuclear, determinando-os mesmo à sua revelia.

O processo de entrada na estrutura simbólica é a condição necessária para o filhote humano habitar o mundo humano. É no interior desse processo que ele terá acesso ao sentido, a um sistema de significações compartilhado com seus semelhantes, que lhe permitirá encontrar uma identidade para si mesmo, uma significação para seu corpo e para o mundo que o cerca, ao mesmo tempo singulares e avalizadas pelo grupo ao qual pertence.

As intercorrências nesse processo vão constituir a crônica de vida de cada um, vão definir as especificidades da ocupação de um lugar único, singular, a partir do qual se posicionar perante si mesmo, os outros, e a realidade exterior. Surge desse processo um sujeito, ou seja, um elemento organizador dos aspectos psíquicos. Elemento que se encontra primeiramente no exterior, representado pelas funções parentais materna e paterna, enquanto representantes do Outro – campo simbólico da cultura, das leis e da linguagem –, organizadores iniciais das vivências do bebê e da criança pequena. O processo de constituição subjetiva abrange a apropriação paulatina disto que vem do Outro, através dos outros que são significativos para a criança, até tornar-se próprio. É no interior dessa estrutura que cada sujeito receberá do Outro esta chave de significações que norteará o campo do sentido: a significação fálica, como Lacan (1958) a nomeou, a partir do conceito de falo para Freud.

Se as vicissitudes no decorrer desse processo forem graves, impedirão justamente a aquisição desse dispositivo organizador das significações – é a chamada foraclusão do Nome-do-Pai proposta por Lacan ([1955-1956] 1985): os significantes que poderiam servir de eixo central para a construção da subjetividade não se inscrevem. As consequências dessa foraclusão para a criança implicam uma dificuldade no campo da linguagem, deixam-na à margem do campo do sentido, na medida em que não compartilha um pacto simbólico que possibilita a comunicação. São crianças que sofrem por estarem fora dessa significação fálica. Essa falta de sentido afeta clinicamente todas as suas manifestações: no campo da conduta, do corpo, da mensagem, do código, das funções matemáticas, como bem

descreveu Volnovich (1993, p. 130). Para esse autor, ela “perde o sentido do seu próprio ser”, enquanto ser falante perde a capacidade de simbolizar o real. Podemos observar que essa compreensão clínica abarca todos os sintomas descritos como característicos da psicose e do autismo da criança nos manuais de psiquiatria geral, mas aqui entendidos clinicamente. Pois não basta descrevê-los e elencá-los isoladamente, é necessário entendê-los como referidos ao campo da linguagem. Se esse campo carece de uma organização, se a criança não dispõe como recurso interno desse organizador, não há um sujeito nela que possa responder singularmente pelas diversas habilidades e adaptações requeridas no processo de desenvolvimento, nem resulta desse processo uma definição de uma identidade para ela própria, mesmo que nada do ponto de vista maturo esteja em falta.

Entretanto, pela própria definição de infância enquanto tempo de desenvolvimento; ou pelo próprio conceito de infantil que prevê uma série de operações psíquicas que marcarão a relação do sujeito que surgirá com um Outro, neste entrecruzamento entre os aspectos evolutivos e estruturais que aí está em jogo, não se trata ainda de algo definitivo.

Esse inacabamento próprio da infância marca a psicopatologia da infância e é responsável pela dificuldade de definir quadros nosológicos distintos e claros. Como afirma Volnovich (1993, p. 45), “a psicose na infância, muito mais do que um conjunto de signos, revela-se como formas clínicas que atestam as vicissitudes do desejo na criança. Em outras palavras, as formas clínicas são, antes de mais nada, formações do inconsciente”.

Entendemos, com Lacan, o Inconsciente como o discurso do Outro, que necessita de um tempo de alienação para se inscrever, primeiramente como letra e depois como significante; seguido de um tempo de separação no qual se situa o Recalque, mecanismo organizador do aparelho psíquico. Somente a partir de então algo passa a ser próprio do sujeito, na medida em que o Outro nele está recalcado, ao mesmo tempo em que situa o lugar no qual ele existe, em um desconhecimento de si que se revela a cada formação do Inconsciente e que o determina. Na psicose, temos uma falha no tempo de separação, que impede a instalação do Recalque. O Outro não aparece como faltante, barrado em seu gozo, tampouco suas palavras se invertem para

permitir ao sujeito receber dele sua própria mensagem, desconhecendo sua alienação. Instala-se, pelo contrário, uma não inscrição do elemento terceiro, a forclusão que denota a falta dos significantes organizadores da cultura fálica.

Entretanto, na infância essa não inscrição não implica necessariamente uma instalação na psicose, pois isso que não está inscrito pode ainda estar aberto a inscrições.

Lang (1979), em seu trabalho sobre as fronteiras da psicose infantil, alude à presença de um “núcleo psicopatológico” para referir-se às categorias não definidas no campo da psicose infantil. Propomos relacionar esse núcleo psicopatológico com o mecanismo de forclusão do Nome-do-Pai, para tentar pensá-lo no tempo da infância.

Abre-se, pois, todo um campo de pesquisas a propósito do sofrimento implicado nas crianças que se situam nesse fora de lugar, nesse sem sentido na relação com o campo da significação fálica, mas que apresentam paradoxalmente, em determinados momentos, sinais de busca desse sentido.

Como já afirmamos (Bernardino, 2004, p. 35),

pensamos que este diagnóstico de PSICOSES NÃO-DECIDIDAS é um operador clínico mais condizente com estas características da infância e do próprio processo de estruturação subjetiva, que implicam a entrada do pequeno sujeito no campo da linguagem, a partir da relação com um Outro que sustenta este processo, dentro de um tempo que vai constituir o infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa argumentação, procurou-se ressaltar uma diferença radical entre duas abordagens. A da psiquiatria de origem norte-americana, divulgada amplamente através do DSM-IV, referida à psicopatologia geral, com critérios estatísticos e descritivos. E a da psicanálise, construída nestes mais de cem anos de existência enquanto discurso teórico-clínico, utilizada nos manuais da psiquiatria clássica e em muitas publicações, referida à psicopatologia fundamental, com critérios fundamentalmente clínicos, de entendimento de um quadro à luz de sua origem, sua contextualização e sua função psíquica de defesa.

O que se gostaria de ressaltar aqui é que o ponto central da diferença entre essas abordagens situa-se na concepção de criança com a qual se está trabalhando, a qual norteia a terapêutica indicada e o posicionamento do clínico.

Viu-se que a primeira abordagem – a do DSM-IV –, embora se defina como a-teórica, condiz com a tendência do discurso científico pós-moderno de eliminar a subjetividade, objetivar dados generalizáveis para amplas situações e propor técnicas rápidas, mensuráveis e econômicas de intervenção. Portanto, a noção de criança aí se encontra subsumida à concepção de um ser dotado de um psiquismo reduzido ao cérebro e seu funcionamento automático. Os fatores externos, chamados estressores psicossociais, podem interferir nesse mecanismo a partir de padrões de aprendizagem adequados ou não, e cuja patologia deve ser então tratada a partir de medicamentos corretores da química cerebral, de técnicas de treinamento ou modificação de comportamento que corrigiriam sua apreensão cognitiva do mundo e promoveriam sua adaptação ao meio.

Para a psicanálise, a noção de criança abriga o conceito de infantil, ou seja, a infância do sujeito. Processo a partir do qual o filhote humano vai se tornar um habitante da linguagem, um falasser, com um desejo próprio, uma capacidade de simbolizar o mundo ao seu redor e um determinado estilo de lidar com a falta estrutural implicada na sua condição humana, em suma, sua subjetividade.

Sendo assim, entendemos a retirada do termo “psicose” do manual atualmente utilizado como base diagnóstica para as psicopatologias da infância como um reflexo do momento histórico cultural atual. Essa “forclusão” a que assistimos de um modo tão generalizado no campo científico reflete-se nessa ênfase no aspecto cerebral cognitivo, não havendo o reconhecimento do psiquismo como uma organização própria, que não está ainda pronta ao nascimento, que leva à construção da subjetividade. Isso reduz a compreensão da criança e de seu sofrimento, bem como os recursos que deveriam ser oferecidos a ela e à sua família para lidar com esse sofrimento.

A visão clínica que sempre foi a marca registrada da psicanálise pretende, na contramão desse movimento, ressaltar o mal-estar como a consequência estrutural de nossa condição humana de seres que abandonaram a natureza para habitar um mundo de palavras e de significações, nunca

completas e nunca totais. O sofrimento está em não ter acesso ao sentido e em ficar preso à totalidade de um Outro sem limites. A psicopatologia se instaura como instância de defesa, para proteger o mínimo de existência simbólica possível. É essa psicopatologia que o psicanalista acolhe, com respeito, e escuta. Foi do mal-estar que se originou a cultura, foi da falta que tantas possibilidades de substituição surgiram, é do desejo que advém a oportunidade para criar. Portanto, não se trata de eliminar a defesa, o sofrimento, a falta, mas de encontrar caminhos simbólicos para que o sujeito se encontre reconhecido e possa escolher um estilo de viver.

REFERÊNCIAS

- Bernardino, L. M. F. (2004). **As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (Org.). (2006). **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta.
- Bursztejn, C., Golse, B., & Houzel, D. (2005). História de uma recusa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 8(3), 393-394.
- DSM-IV. (1995). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Nacional Francês de Pesquisa Médica – INSERM. (2005). Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 8(3), 395-405.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2003). **Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed.
- Lacan, J. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In J. Lacan. **Escritos** (pp. 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. ([1953] 1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. **Escritos** (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. ([1955-1956] 1985). **O seminário livro III: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958). A significação do falo. In J. Lacan. **Escritos** (pp. 692-703). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lang, J.-L. (1979). **Nas fronteiras da psicose infantil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM-III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 9(3), 460-483.
- Volnovich, J. (1993). **Psicose da criança**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Recebido: 23/03/2009

Received: 03/23/2009

Aprovado: 04/05/2009

Approved: 05/04/2009